

OGGETTO: Disabilità Minori Gravi – Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P.R.S. n. 589/Gab. Del 31/08/2018.

**Al Distretto Socio Sanitario D31**

**Tramite il Comune di \_\_\_\_\_**

**SOGGETTO RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_,

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

In qualità di:\*

beneficiario interessato

familiare delegato

rappresentante legale (specificare il titolo) \_\_\_\_\_

\*barrare la casella di interesse

**CHIEDE**

PER: Se stesso

o (da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)

*per Soggetto beneficiario*

Sig.ra/signor \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ in via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**L'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018**

A TAL FINE , consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- 1) Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 , n. 104;
- 2) Di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza ed di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione ;

Allega alla presente, in busta chiusa con la dicitura "*Contiene dati sensibili*", i seguenti documenti:

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3 ;
  - ISEE rilasciato nel corrente anno 2019, corredato da dichiarazione;
- ed, inoltre:
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
  - Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
  - Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Indicare luogo e data

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza l'utilizzo dei dati dichiarati per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alle procedure di cui al l'avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario D31, ai sensi dell' art.13 del D. Lgs 30.06.2003, n. 196 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8, 9 e 10 del D.L gs. N.196/03 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Indicare luogo e data

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_